HOSPITAL

VP MEDICA PLAZA SA DE CV

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a____de_____de 2026

LEY GENERAL DE SALUD FEDERAL
REGLAMENTO NORMATIVO
VALORES Y CONDUCTAS.

Todas las instalaciones de **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV"** cumplen con las normativas del sector salud avaladas por Cofepris y siguiendo los lineamientos de la organización panamericana de la salud y de la organización mundial de la salud incluyéndose en estas las que deben cumplirse en forma reglamentaria para la conducta médica dentro o fuera de cirugía durante la atención a los pacientes. Todo paciente que haga uso de las instalaciones de **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV"** deberá contar con su registro y requisita los formatos correspondientes para su hospitalización.

Para realizar programación de cirugía, así como del uso de equipo e instrumental, el paciente o su médico tratante deberán notificar oportunamente al área comercial de "VP Médica Hospital Privado" para su debido y oportuno registro.

El paciente y/o su médico tratante correspondiente según sea el caso, deberán garantizar a **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV"** cubrir los costos de los insumos y los servicios que por concepto de tratamiento se requieran y realicen.

EL paciente recibirá la atención en **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV"** y de su médico tratante responsable, siempre en plenitud de consciencia y/o con el respaldo de un acompañante responsable aval.

El paciente recibirá bajo la total responsabilidad de su médico tratante la atención médica y bajo los lineamientos de las guías de práctica clínica avaladas mediante las Nom, así como los lineamientos que norma Cofepris, la organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud, desde la hospitalización, en caso de requerir preparación para la cirugía, durante la cirugía y durante su recuperación postquirúrgica, exonerando de toda responsabilidad a **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV".**

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL AVAL.

Boulevard Belisario Domínguez # 2116
C.P 29030 Plaza Vía Park, Tuxtla Gutiérrez, Chis.

HOSPITAL

VP MEDICA PLAZA SA DE CV

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a____de_____de 2026

Lo anterior es menester durante la estancia del paciente y/o procedimientos según sea el caso; antes, durante y después de cirugía, queda plena y bajo la absoluta responsabilidad del médico tratante tal cumplimiento, quedando exonerada de toda responsabilidad "**VP MEDICA PLAZA SA DE CV".**

El médico tratante y el paciente recibirán las instalaciones para cirugía y hospitalización cumpliéndose con todas las especificaciones dictadas por Cofepris, la organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud.

El médico tratante contará en **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV"** con todo el instrumental básico, los insumos requeridos para la medicación, así como para realizar diversas cirugías, y podrá disponer, así como utilizar en forma prioritaria/específica dichos recursos siendo de la responsabilidad directa y exclusiva del médico tratante su cumplimiento hacia el paciente, siendo ajena de toda responsabilidad **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV".**

Queda en la responsabilidad del médico tratante la prevención, selección y requerimiento de los hemo componentes y/o hemoderivados y toda medicación e insumos que según sea el caso requiera en cirugía, o durante la estancia hospitalaria, para la garantía y la seguridad del paciente, quedando exonerada de toda responsabilidad "**VP MEDICA PLAZA SA DE CV".**

_____	_____
Nombre y Firma del Paciente	Nombre y Firma del Aval
_____	_____
Nombre y Firma del Médico Tratante	Nombre y Firma del Médico de de Guardia

Boulevard Belisario Domínguez # 2116
C.P 29030 Plaza Vía Park, Tuxtla Gutiérrez, Chis.

HOSPITAL

VP MEDICA PLAZA SA DE CV

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a____de_____de 2026

ANEXO 1

1. **Todo pago derivado de los servicios e insumos prestados por VP MEDICA PLAZA SA DE CV deberán realizarse en el área de caja sin excepción alguna.**

2. **Los honorarios de su(s) médico(s) especialista(s) tratante(s) son independientes de la cuenta por servicios e insumos de VP Médica Hospital Privado.**

3. **Todo Cliente deberá recibir su comprobante por cada pago efectuado, bien sea por pago de anticipo, pago parcial a cuenta o por pago complementario del total de esta.**

4. **Por disposición de la Ley Sanitaria queda prohibido introducir alimentos por riesgo sanitario que representa al ambiente hospitalario y a la salud del paciente.**

5. **Queda prohibido introducir materiales, medicamentos sin excepción alguna a cualquier área de VP MEDICA PLAZA SA DE CV todo insumo es proporcionado por el hospital. Salvo los medicamentos que este establecidos para un padecimiento previo.**

6. **En caso de que el médico tratante indique visitas restringidas, todos deberán apegarse a dicha indicación.**

7. **No se aceptan cheques.**

8. **Los pagos con transferencias, tarjeta de crédito, tarjeta de débito y deposito a cuenta son, validados de lunes a viernes de 9 am a 5 pm.**

_____

Nombre y Firma del Paciente o Familiar Responsable

Boulevard Belisario Domínguez # 2116
C.P 29030 Plaza Vía Park, Tuxtla Gutiérrez, Chis.

HOSPITAL

VP MEDICA PLAZA SA DE CV

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a____de_____de 2026

RESPONSIVA PACIENTE

En plena consciencia, sin coacción alguna he leído el reglamento de **"VP MEDICA PLAZA SA DECV**" y habiéndoseme explicado con toda claridad la conjunción de; área de quirófanos, servicios de análisis, estudios, insumos y área de hospitalización, por lo que estando totalmente de acuerdo, aceptoel cubrir con toda oportunidad y prontitud los costos por el uso de los equipos, servicios directos e indirectos así como de insumos y en su caso la estancia en el hospital **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV**" que sean requeridos para mi tratamiento.

Acepto incondicionalmente hacer entrega de un depósito a cuenta al ingreso y posterior realizaré depósitos de acuerdo a los estados de cuenta proporcionados por el área de caja a diario si así lo requiere mi estancia hospitalaria, al momento del alta cubriré la diferencia del importe total de la suma por todos y cada uno de los servicios e insumos que fueron requeridos para mi tratamiento durante mi estancia hospitalaria.

El aval se hace corresponsable del cumplimiento del pago oportuno y puntual en su totalidad porlos insumos, servicios de hospitalización y honorarios médicos requeridos para mi tratamientoal ser dado de alta.

Soy consciente que en caso de incumplir el pago bien sea total o parcial incurriré en una violación premeditada en perjuicio económico de la empresa **"VP MEDICA PLAZA SA DE CV"** asumiendo desde este momento toda la responsabilidad de lo que la empresa me demande ante las instancias legales, sujetándome a los tribunales en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y renunciando a cualquier otra jurisdicción indistinto del domicilio actual o futuro dentro o fuera de la república mexicana.

_____ Nombre y Firma del Paciente

_____ Nombre y Firma del Aval

Boulevard Belisario Domínguez # 2116
C.P 29030 Plaza Vía Park, Tuxtla Gutiérrez, Chis.

VP MEDICA PLAZA SA DE CV

P A G A R É BUENO POR $_____

_____

YO_____

ME RECONOZCO Y ME COMPROMETO A QUE DEBO Y ME OBLIGO A PAGAR INCONDICIONALMENTE A FAVOR Y A LA ÓRDEN DE VP MÉDICA PLAZA S.A. DE C.V. EN EL ENTENDIMIENTO CLARO DE LAS SIGUIENTES OPCIONES PARA TAL EFECTO;

PAGO EN EFECTIVO, **PAGO CON TARJETA DE DÉBITO**, **PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO**, O **PAGO CON DEPÓSITO A LA *_CUENTA BANCARIA (*salvo confirmación):_**

VP MÉDICA PLAZA S.A. DE C.V. Número de Cuenta 65-50978449-0 Banco SANTANDER

MEDIANTE **PAGO POR *_TRANSFERENCIA BANCARIA_ A LA CUENTA (*salvo Confirmación)**:

VP MÉDICA PLAZA S.A. DE C.V. Clabe 014100655097844905 Banco SANTANDER

A LA VISTA, POR LA CANTIDAD AMPARADA Y DESCRITA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, IMPORTE DEL PAGO TOTAL POR LOS SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES, INSUMOS, LA MEDICACIÓN, CIRUGIASY HOSPITALIZACION QUE SE HAYAN GENERADO PARA MI ATENCION Y DARME DE ALTA.

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS A_____DE_____DEL 20_____

_____	_____	
NOMBRE ESCRITO A MANO	FIRMA	HUELLA

PACIENTE DOMICILIO _____

_____

TELÉFONOS; Casa_____Oficina_____Celular_____

INE clave Elector_____Curp_____

VP MEDICA PLAZA SA DE CV

P A G A R É BUENO POR $_____

_____

YO_____

RECONOZCO Y ME COMPROMETO COMO AVAL A QUE DEBO Y ME OBLIGO A PAGAR INCONDICIONALMENTE A FAVOR Y A LA ÓRDEN DE VP MÉDICA PLAZA S.A. DE C.V., EN EL ENTENDIMIENTO CLARO DE LAS SIGUIENTES OPCIONES PARA TAL EFECTO;

PAGO EN EFECTIVO, PAGO CON TARJETA DE DÉBITO, PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO, O PAGO CON DEPÓSITO A LA *_*CUENTA BANCARIA*_ (*salvo confirmación):

VP MÉDICA PLAZA S.A. DE C.V. Número de Cuenta 65-50978449-0 Banco SANTANDER

O MEDIANTE PAGO POR *_*TRANSFERENCIA BANCARIA*_ A LA CUENTA (*salvo confirmación):

VP MÉDICA PLAZA S.A. DE C.V. Clabe 014100655097844905 Banco SANTANDER

A LA VISTA, POR LA CANTIDAD AMPARADA Y DESCRITA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, IMPORTE

DEL PAGO TOTAL POR LOS SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES, INSUMOS, LA MEDICACIÓN, CIRUGIASY HOSPITALIZACIÓN QUE SE HAYAN GENERADO PARA LA ATENCIÓN Y DAR DE ALTA AL:

C._____

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS A_____DE_____DEL 20_____

_____	_____	
NOMBRE ESCRITO A MANO	FIRMA	HUELLA

AVAL DOMICILIO_____

_____

TELÉFONOS; Casa_____Oficina_____Celular_____

INE clave Elector_____Curp_____